

## POTVRZENÍ

Potvrzuji, že ..... narozen/a dne.....

student/ka Univerzity Karlovy v Praze, Lékařské fakulty v Plzni

1. absolvoval/a v době studia na LF v Plzni dne .....  
**kompletní očkování** proti virové hepatitidě B dle § 9 vyhlášky MZ ČR č. 537/2006 Sb. **třemi dávkami očkovací látky** dle řádného schématu
2. má **dostatečné množství protilátek proti HbsAg přesahujícím 10IU/litr** (v případě, že byl/a očkovan/a před nástupem na fakultu)
3. byl/a z důvodu **nízké hladiny protilátek v rozmezí 1 až 9,9 IU/litr přeočkovan/a alespoň jednou dávkou vakcíny**

správnou variantu prosím viditelně zakroužkujte/označte na tomto formuláři

Datum:

.....

razítko, podpis lékaře